N° 166.
15.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

FISTULES A L'ANUS,

ET LEUR TRAITEMENT.

Tribut Académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 25 NOVEMBRE 1837,

Par QUEIGNARD (Jean-Baptiste),

d'ARCY-SUR-AUBE (Aube),

Bachelier ès-Lettres, Chirurgien Aide-Major au 17e Régiment d'infanterie légère ;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Ut desint vires tamen est laudanda voluntas;
Hac ego contentos auguror esse Deos.
OVID., lib. III, ep. IV. Ruf.



MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1837.

A M. CARLY,

Officier de la Légion d'Honneur, etc.,

ex-Major au 17e Régiment d'infanterie légère.

Sentiments de respect et de gratitude.

J.-B. Queignard.



Quelques Considérations

SUR LES

FISTULES A L'ANUS,

ET LEUR TRAITEMENT.

Définition.

On appelle en général *Fistule*, un ulcère profond, sinueux, étroit à son orifice, large à son fond, quelquefois dur, calleux et donnant issue à une sanie purulente.

Les fistules peuvent occuper toutes les parties du corps; l'anus cependant y est plus exposé, et la fréquence de leur existence aux environs de cette ouverture n'étonnera pas, si l'on jette un coup d'œil sur la structure anatomique de la région où elle se trouve située ; si l'on considère 1° que le rectum qui forme la dernière portion du conduit intestinal, et dont l'extrémité inférieure correspond à l'anus, est environné d'une quantité considérable de tissu cellulaire graisseux ; 2° que de nombreux vaisseaux l'alimentent vers cet orifice, et que ces deux circonstances doivent singulièrement favoriser la formation de vastes abcès dont les fistules sont communément le résultat.

Une autre particularité qui résulte de l'organisation de sa membrane muqueuse contribue encore à les rendre fréquentes ; nous voulons

parler : 1° des petits replis transverses, semi-lunaires, adhérents à l'intestin par leur bord convexe et inférieur, et présentant en haut un bord concave, libre, flottant ; 2° des follicules qui s'ouvrant à l'intérieur de la portion périnéale du rectum, et dont ceux qui ont le goulot dirigé obliquement en haut, sont, ainsi que les replis transversaux, très-bien disposés pour se laisser engorger par des matières non digérées ou par les corps étrangers pointus qui sont entraînés par les fèces. Ajoutons à cela le voisinage d'organes importants, dont les maladies peuvent entraîner l'inflammation du tissu cellulaire dont nous avons parlé, puis l'influence des tumeurs hémorrhoïdales, et l'on aura d'avance une idée de la fréquence et des diverses complications des fistules à l'anus.

Précis historique.

Les fistules ont été connues dès les temps le plus reculés : Hippocrate, Celse, Galien, Albucasis, Vigo, etc., en parlèrent et donnèrent des méthodes de traitement plus ou moins défectueuses. Mais c'est surtout au siècle de Louis XIV que les efforts des praticiens tendirent à obtenir la cure de cette maladie, et que l'on chercha à remplacer les procédés anciens, tous plus ou moins vicieux, par d'autres plus simples et plus certains. Ce qui donna une si puissante impulsion à cette partie de l'art dans ce siècle de fer (dit Richerand) pour la chirurgie découragée, c'est que le grand monarque lui-même était atteint d'une fistule au fondement, et qu'il n'obtint sa guérison qu'après un grand nombre de tâtonnements et d'expériences inutiles. On peut voir dans Dionis le détail de ces divers essais, et jusqu'où la courtisanerie peut aller pour aduler un souverain !

« Il semble que cette maladie soit devenue plus fréquente qu'autre-« fois (rapporte Dionis) ; on entend parler tous les jours des opérations « qu'on a faites à des personnes qui n'en paraissaient pas incommo-« dées ; c'est une maladie qui est devenue à la mode. » Et plus loin : « J'en ai vu, dit-il, plus de trente qui voulaient qu'on leur fît l'opé-« ration, et dont la folie était si grande qu'ils paraissaient fâchés lors-« qu'on leur assurait qu'il n'y avait point nécessité de la faire. »

Mais le succès de l'opération sur Louis XIV pouvait fort bien avoir déterminé beaucoup de personnes atteintes de cette infirmité, à se faire traiter d'une maladie que jusqu'alors on avait regardée comme presque incurable.

L'opération pratiquée sur Louis XIV par Felix, au moyen du bistouri de Léonidas recouvert d'une chappe, détermina les praticiens à préférer ce procédé aux autres; et aujourd'hui perfectionné et rendu plus facile au moyen du gorgeret de Percy ou de Larrey, de la sonde cannelée de Desault, du bistouri de Pott ou du bistouri un peu courbe de J.-L. Petit, il est employé préférablement à toute autre méthode. Mais ce n'est pas ici le lieu de nous étendre davantage sur ce sujet, nous en parlerons plus au long quand nous serons arrivé au traitement.

Causes des fistules à l'anus.

Outre les causes que nous avons citées comme pouvant donner lieu à la formation des fistules à l'anus, et qui résultent d'une disposition anatomique particulière, il en est d'autres qui méritent d'être énumérées et que nous allons passer successivement en revue. Ces causes sont prédisposantes, occasionnelles ou déterminantes.

Parmi les premières, on peut ranger une constitution faible et cacochyme, la phthisie, les exercices violents, l'équitation prolongée, les chutes sur le siége, l'excès des boissons alcooliques et l'abus des mets fortement épicés, celui des purgatifs drastiques; les virus syphilitique et cancéreux, le scorbut, les accouchements laborieux et répetés, etc. On a cru voir que les femmes étaient plus exposées que les hommes aux fistules à l'anus; cependant les hommes de cabinet, ceux qui sont constamment assis, comme les hommes de bureau, offrent de nombreux exemples de cette sorte de maladie, et c'est sans aucun doute la conformité de leur vie et de leurs habitudes avec celles des femmes qui les y rend sujets. Ajoutons à cela que l'âge a une certaine influence sur la production des fistules à l'anus: ainsi, l'époque où dans la vie de l'homme le système abdominal commence à prédominer sur les autres systèmes, et où les hémorrhoïdes sont le plus communes, c'est-à-dire

à l'âge de 35 à 50 ans, est aussi celle où l'on voit apparaître le plus de cas de fistules anales.

Parmi les causes occasionnelles, on doit noter les hémorrhoïdes anciennes, les dépôts stercoraux, comme tous ceux qui peuvent se former aux environs de l'anus; les diverses lésions mécaniques; les corps étrangers, tels qu'une épingle, une arète de poisson, un os pointu, etc.

Mais la majeure partie de ces causes ne produit des fistules à l'anus que par les inflammations qu'elles provoquent autour de l'orifice anal, et par suite des collections purulentes qui presque toujours en sont l'inévitable résultat. Toutefois, il est assez difficile de déterminer le rang que l'on doit assigner à chacune de ces causes; en effet, si les hémorrhoïdes anciennes et invétérées concourent puissamment, par l'irritation qu'elles exercent sur le rectum, à la formation d'abcès autour de cet organe, et par suite à des fistules, il n'en est pas moins vrai de dire qu'elles peuvent n'être qu'une complication de ces derniers ou n'en être que le produit. En second lieu, on doit convenir que les abcès trouvent une facilité incroyable à s'établir aux environs du rectum; car, comme nous l'avons déjà indiqué, tout semble prédisposer à leur formation: ainsi, la disposition anatomique, le voisinage d'organes importants dans les fonctions ne sont pas moins essentiels à la santé; la répétition fréquente de leurs actes, leurs affections nombreuses, la sensibilité dont ces parties sont douées, et enfin l'abondance du tissu cellulaire, y concourent d'une manière puissante.

Division des fistules.

On distingue ordinairement deux sortes de fistules à l'anus, l'une complète, l'autre incomplète: la première présente deux ouvertures, l'une située en dedans, l'autre en dehors du rectum; la seconde n'en présente qu'une, qui est tantôt interne, tantôt externe; ce qui lui a fait donner le nom de *fistule borgne*.

Dans les fistules *borgnes* internes, l'ouverture correspond seulement à l'intestin, et dans les fistules *borgnes* externes à la marge de l'anus.

Foubert, Sabatier, et ensuite M. Larrey, ont prétendu que ces

dernières sortes de fistules étaient impossibles, et que si le praticien ne découvrait point l'ouverture interne, il ne fallait l'attribuer qu'à son ignorance ou à son impéritie. « Mais, dit M. Velpeau, ne peut-on « pas leur dire aussi qu'un moyen de la trouver toujours, c'est de la « former de toute pièce avec la sonde ou le stylet explorateur, quand « elle manque réellement? » Leur opinion, qui consistait à attribuer toutes les fistules de l'anus à la présence d'abcès constamment, disent-ils, occasionnés par la perforation du rectum, a été depuis long-temps combattue par Pott, Boyer, M. Roux, et ne trouve plus guère de partisans aujourd'hui. « Les fistules sous-cutanées de l'aine, de « l'aisselle, des parois abdominales, du cou, des membres même, sont « connues depuis long-temps par tout le monde, et pas un auteur ne « les a révoquées en doute. Or, pourquoi ne pas les admettre au pour- « tour du fondement, où la fonte et le retrait du tissu cellulaire « peuvent laisser un aussi grand vide, où la tension et la solidité des « aponévroses, où l'action du sphincter et du releveur de l'anus, où « la distension et l'affaissement alternatifs de l'intestin s'opposent avec « tant de force au recollement des parties dénudées? » « Qu'à l'imitation « de M. Roux, continue le même auteur, on les appelle ulcères fistu- « leux ou fistules *borgnes* externes, peu importe ; au fond, il n'en sera « pas moins vrai de dire qu'elles se comportent le plus souvent comme « des fistules complètes, et qu'elles exigent à peu près le même « traitement. »

Diagnostic.

Le diagnostic des fistules complètes n'est pas difficile à établir pour peu que le praticien y procède avec soin. Leur diagnostic différentiel seul offre quelques difficultés; complètes ou incomplètes, si elles présentent une ouverture externe, elles sont ordinairement caractérisées par un ulcère à la marge de l'anus; souvent cette ulcération a été précédée d'un abcès, et l'expérience journalière montre que ce cas survient dans la proportion de près de 19 à 1. D'autres fois, le malade a été affecté pendant long-temps d'hémorrhoïdes fluentes qui se sont fréquemment enflammées; mais, on doit le dire, il arrive quelque-

fois que les malades ignorent complétement l'origine de leur infirmité. Cette ouverture ulcérée fournit habituellement un suintement de pus, ou, dans le cas d'une fistule complète, une certaine quantité de matières fécales qui lui communiquent leur odeur et leur couleur ; parfois les orifices fistuleux, qui d'ailleurs présentent tous les caractères des ouvertures de ce genre, laissent échapper des vents dont l'émission est ou non accompagnée de bruit, et dans quelques cas même on les a vus livrer passage à des lombrics ou à des ascarides. De tels signes suffisent sans doute pour établir irrévocablement le diagnostic ; mais comme ils ne sont que rationnels, que d'ailleurs on a observé que les gaz pouvaient pénétrer les parois de l'intestin et communiquer au pus excrété l'odeur des matières fécales, le chirurgien ne doit pas y ajouter une confiance entière, et l'art exige qu'il s'assure, par les règles qu'il établit, que la communication avec l'intestin n'offre aucun doute. Pour cela, le malade étant fortement courbé en avant ou couché sur le bord du lit, ou enfin dans la position où on le met pour administrer un lavement, le praticien introduit dans l'anus le doigt indicateur gauche préalablement enduit de cérat ou de tout autre corps onctueux, et va d'abord à la découverte de l'orifice interne, que l'on reconnaît assez facilement s'il est large, si un petit renflement, en forme de cul-de-sac, se fait sentir sous le doigt explorateur, ou bien si le passage de cet organe fait éprouver dans quelque endroit une douleur un peu vive au malade. On introduit alors de la main droite un stylet mousse ou boutonné par l'orifice externe, et le doigt, introduit dans l'intestin, sent bientôt son extrémité à travers les parois, et, presque toujours, après quelques tâtonnements, il la sent à nu lorsqu'elle franchit l'orifice interne de la fistule. Si cet orifice ne se découvre pas du premier abord, le chirurgien ne doit pas se rebuter, et, agissant toujours sans effort, il faut qu'il fasse librement parcourir au stylet toute l'étendue de la cavité morbide, en ramener, dit M. Velpeau, la tête du côté de l'anus entre les deux sphincters, si elle ne s'y est pas portée dès le principe, en suivre les divers mouvements sur les contours de l'intestin avec le doigt resté dans l'anus, et ne le retirer qu'après avoir inutilement parcouru les divers recoins, toutes les déviations,

tous les sinus, tous les clapiers du foyer, ou constaté positivement l'existence de l'orifice interne, d'une manière quelconque. Ne rien trouver en pareil cas, continue ce savant professeur, ne prouve pas que la fistule soit incomplète ; une bride, des sinuosités, des replis valvulaires, sont autant d'obstacles dont il faut tenir compte. Dans certains cas le doigt nuit plutôt qu'il ne sert, et ne doit être porté qu'en second lieu dans l'anus. Comme la résistance ne doit jamais être franchie de vive force, on se prépare à une autre exploration avant de rien décider. Ainsi on emploiera les injections d'eau tiède pour rendre les voies plus libres, et, comme quelquefois elles ressortent par l'anus, on a conseillé de les faire avec un liquide coloré ; on pourra même élargir l'orifice externe pour avoir plus de facilité à faire des explorations. Si toutes ces tentatives échouent, on sera en droit de déclarer qu'il s'agit d'une fistule *borgne* externe, et, quoi qu'en disent Foubert, Sabatier et Larrey, le contraire ne pourra être admis qu'à titre d'exception très-rare.

Pronostic.

Il est bien difficile d'assigner le pronostic des fistules à l'anus, d'une manière rigoureuse. Quelques praticiens ne les regardent que comme une incommodité, d'autres les considèrent toujours comme une grande infirmité. Toutefois, les circonstances qui les compliquent doivent déterminer leur degré de gravité. Ainsi, elles sont toujours plus difficiles à guérir chez les personnes dont la constitution est détériorée, chez ceux qui sont languissants, qui ont été sujets à de longues maladies, ou bien atteints d'un virus quelconque, chez les vieillards, etc...... que lorsqu'on a affaire à des hommes vigoureux. En second lieu, on doit établir une différence entre les fistules qui n'atteignent que le tissu cellulaire, et celles qui ont perforé ou considérablement dénudé l'intestin. Les premières offrent bien plus de chances de guérison que les dernières ; leur gravité s'accroît encore si elles dépendent d'une carie des os du bassin, s'il existe une communication avec le vagin, s'il y a beaucoup de clapiers, si leur profondeur est considérable, si la destruction ou la désorganisation du tissu cellulaire est étendue. Quel-

ques-unes, surtout celles qui correspondaient avec un point très-élevé de l'intestin, étaient regardées comme incurables, mais leur nombre s'est bien restreint depuis que l'art s'est perfectionné. Celles qui s'accompagnent de callosités, d'hémorrhoïdes anciennes, de phthisie, doivent encore faire pressentir moins de succès par rapport à l'opération, mais cependant elles sont susceptibles de guérison. Les fistules anciennes offrent moins de chances de succès que les récentes; celles qui, comme nous l'avons déjà dit, sont compliquées d'un virus interne, en offrent encore moins, et l'opération qu'elles exigent doit être précédée par un traitement approprié à la nature de l'affection. Enfin, celles qui sont entretenues par la carie d'un os éloigné, d'une vertèbre par exemple, sont incurables.

Traitement.

De tout temps on a employé une foule de moyens pour guérir les fistules à l'anus. Les anciens mettaient en usage des eaux et des onguents sous toutes les formes, dans le but d'obtenir ce résultat. Les Arabes ont épuisé leur génie à la découverte d'arcanes, et, comme nous l'avons déjà dit dans le Précis historique, on n'était pas plus avancé qu'eux au siècle de Louis XIV. En effet, suivant Dionis, tout fut essayé et rejeté tour-à-tour. On employa successivement les eaux de Bourbonne et de Barèges sur des espérances fictives. Des hommes atteints de fistules à l'anus y furent envoyés pour qu'on pût s'assurer de l'efficacité de ces eaux dans cette affection, et l'on n'en rapporta que la certitude qu'elles ne jouissaient, dans ce cas, d'aucune propriété curative. On eut aussi recours à des liqueurs, à des pommades, etc.; et si l'eau de chaux, le calomel, l'alun suffisaient aux uns, des bourdonnets, un bon régime, des injections détersives aux autres, il n'en est pas moins vrai de dire que ces moyens échouèrent entre les mains de ceux qui furent appelés à guérir le monarque. Ne nions pas cependant que ces moyens ne puissent parfois réussir, mais il faut pour cela que des circonstances particulières viennent à leur appui.

Aujourd'hui le praticien se trouve en présence de quatre méthodes

de traitement : les *caustiques*, la *ligature*, la *compression excentrique* et l'*incision*. Les deux dernières sont presque seules usitées aujourd'hui, et c'est aux chirurgiens français que l'on doit leur perfectionnement.

Cependant comme les caustiques et la ligature sont encore quelquefois mis en usage par des praticiens obstinés à ne pas vouloir suivre les progrès de la science, que d'ailleurs c'étaient les modes de traitement le plus en usage, nous en dirons ici quelques mots.

Caustiques. Les anciens, persuadés que les callosités étaient le seul obstacle à la guérison des fistules, employaient pour les détruire le cautère actuel ou des trochisques d'une substance caustique, moyens douloureux qui peuvent donner lieu aux plus graves accidents, à cause du voisinage des organes importants logés dans le bassin, et qui, occasionnant par leur action une perte de substance considérable, loin de guérir la maladie, ne faisaient la plupart du temps que l'aggraver. Aussi nous croyons que l'on ne doit les mettre en usage, que lorsque les malades sont assez pusillanimes pour n'oser se déterminer à aucune autre méthode de traitement.

Ligature. La crainte de l'hémorrhagie a fait imaginer la ligature; elle fut en grand crédit autrefois, mais aujourd'hui elle est pour ainsi dire entièrement abandonnée par les praticiens. M. Bougon voulut la ressusciter en 1824, dans l'hôpital de perfectionnement, sur un sujet jeune et vigoureux, mais bientot il fut obligé de retirer la ligature qui, après trois semaines, n'avait produit qu'un mince résultat, tout en causant pendant ce temps des douleurs très-vives qui allaient toujours en croissant. D'ailleurs, dans le cas où il y aurait plusieurs brides, plusieurs clapiers, il est fort douteux que la ligature puisse être suivie de succès. Nous ne nous appesantirons donc pas sur les différents moyens et les nombreux procédés qui ont été proposés pour la pratiquer et qui sont entièrement tombés en désuétude : nous nous contenterons d'indiquer le procédé de Desault. Il est presque indifférent d'employer un fil ciré, de soie, de plomb ou d'argent de Coupel; pour l'introduire, on fait coucher le malade sur le bord du lit, du côté correspondant à la fistule, la cuisse du côté opposé un peu plus fléchie que l'autre. Alors, les fesses étant écartées par un aide, le chirurgien

introduit le doigt indicateur gauche dans l'anus, après l'avoir d'abord enduit de cérat, et, saisissant de la main droite un stylet, il l'introduit doucement dans l'orifice externe de la fistule et cherche à le faire pénétrer dans le rectum en le dirigeant vers le doigt. Le stylet introduit, le doigt est remplacé par la pince destinée à saisir le fil, et l'on fait en sorte de faire pénétrer ce dernier dans la fente résultant de l'écartement des branches de la pince, et on le conduit jusqu'au cul-de-sac. Un aide est chargé de l'introduction de la canule, à laquelle le stylet sert de conducteur; celle-ci engagée à son tour dans la fente, le stylet est retiré et l'on passe à sa place un fil de plomb destiné à faire la ligature. Mesurant ce fil sur la longueur de la canule, on s'aperçoit aisément s'il y en a suffisamment d'introduit pour qu'il puisse s'engager dans la fente, ce dont on s'assure en faisant tirer un peu sur le fil, en même temps que l'on rapproche les branches de la pince; ce fil étant engagé, on enfonce de quelques lignes la pince, de peur qu'en se repliant sur les bords de l'ouverture fistuleuse il ne déchire l'intestin; ensuite ramenant en même temps au-dehors et la canule et la pince, l'une des extrémités du fil sort par l'anus et l'autre par l'ouverture externe de la fistule. Ces deux extrémités sont engagées, chacune de leur côté, dans les fentes de la canule, et coupées à la distance de deux ou trois lignes. Quelques bourdonnets de charpie et quelques compresses maintenues par un bandage en T suffisent pour le pansement. Cet appareil peut rester plus ou moins long-temps en place, suivant les besoins du malade : le fil doit être resserré tous les deux ou trois jours.

De la compression excentrique.

Déjà depuis long-temps on avait mis en usage des moyens compressifs sur l'orifice externe des fistules à l'anus; mais une compression de ce genre, n'étant pas aidée par une autre au-dedans du rectum, se bornait à fermer l'orifice externe, à refouler les parties vers le rectum, et n'empêchait nullement l'abord des liquides dans l'orifice interne. Le premier qui semble avoir eu l'idée d'intercepter la communication de la cavité du rectum avec la fistule, est M. Brémond, de Bordeaux, qui

en traita, en 1827, dans sa thèse inaugurale, quoique d'autres aient réclamé la priorité de cette invention. L'appareil consiste en une double canule en chemise qu'on introduit vide et fermée dans l'anus, de la charpie, de l'étoupe, du vieux linge glissés entre le tube métallique; la compresse sert ensuite à distendre l'intestin au degré convenable, et des rubans fixent le tout à un bandage de corps. Pour que les malades puissent aller à la garde-robe, il suffit de retirer la canule interne qui se termine en cul-de-sac en haut et de la remettre après; l'autre, étant ouverte par les deux bouts, permet de donner des lavements, s'il convient de délayer les matières contenues dans l'intestin; comme c'est elle qui soutient la chemise ou le reste de l'appareil, rien n'empêche de la laisser en place. M. Colombe a proposé un cylindre creux en bois, que l'on introduit également dans l'anus; mais cet appareil offre un inconvénient que ne présente point celui de M. Brémond: c'est que la membrane muqueuse du rectum forme un bourrelet au-dessus du rebord supérieur du tube, et remplit en partie sa cavité. Toutefois, ce procédé n'a pas encore été assez employé pour qu'on puisse le juger avec connaissance de cause; il est bon de l'essayer, mais nous croyons que ce sera presque toujours à l'incision que le praticien donnera l'avantage.

De l'excision et de l'incision.

Nous ne dirons que quelques mots de l'excision, cette opération périlleuse qui s'est rendue si mémorable par les souffrances intolérables qui l'accompagnent; quoique Boyer et M. Roux l'aient admise, nous croyons qu'elle doit être, en général, exclue de la pratique. Les moyens qu'on lui a substitués et auxquels on s'attache maintenant, peuvent être regardés comme les plus sûrs de la médecine opératoire. S'il arrivait qu'on fût obligé de préférer cette ablation, ce ne pourrait être que dans le cas où l'on devrait emporter une très-petite portion des parties saines ou désorganisées, qui séparent deux trajets fistuleux très-rapprochés, pour n'en faire qu'une seule et même plaie. On pratique aussi l'excision de divers lambeaux de peau, quand celle-ci est livide et

désorganisée : ce moyen peut aussi être mis en usage dans le cas de fistule cancéreuse, ce qui se rencontre rarement.

L'incision est la meilleure de toutes les méthodes et la plus employée, elle n'a pas les inconvénients de la plupart de celles dont nous venons de parler, et elle procure une prompte et sûre guérison. Elle a été connue des anciens, Hippocrate semble en parler déjà, et le syringotôme, espèce de faucille que l'on employait du temps de Galien, le prouve d'une manière évidente. Depuis, une foule de procédés ont été proposés pour la pratiquer. Léonidas employait un bistouri terminé par un stylet flexible, que l'on introduisait par la fistule et que l'on ressortait par l'anus, de manière à couper la bride d'un seul coup. Hugues de Luques poussait d'abord un fil par les deux ouvertures fistuleuses pour tendre les parties. Guy de Chauliac se servait d'un bistouri chauffé à blanc. Fabrice d'Aquapendente dilatait d'abord le trajet fistuleux, et y passait ensuite un bistouri boutonné pour faire l'incision. D'autres eurent l'idée d'engager le syringotôme dans une canule d'argent, que l'on retirait ensuite par le rectum, quand il était introduit dans la fistule. Marchettis, le premier, songea à porter un gorgeret de métal dans l'anus pour recevoir l'instrument. Nous avons déjà parlé du bistouri, modifié par Félix, pour opérer Louis XIV, et qu'on appela Royal. Marchettis avait proposé un gorgeret droit ; Runge le couda et rendit ainsi l'opération plus facile, Desault le fit construire en bois, et M. Larrey fit coller dans sa gouttière une lame de liége pour ne pas émousser le bistouri. D'autres modifications ont été encore proposées pour faire l'opération, mais elles sont peu importantes ; et aujourd'hui le gorgeret de M. Larrey, une sonde cannelée, un stylet flexible (qui toutefois n'est pas indispensable) et un bistouri droit sont les seuls instruments dont on se sert pour faire l'incision dans les fistules à l'anus ; un porte-mèche armé d'une mèche de charpie enduite de cérat, des plumasseaux, des compresses longuettes et un bandage en T compléteront l'appareil.

Le malade ayant été préparé par un régime légèrement rafraîchissant pendant deux ou trois jours qui précèdent l'opération, et lui ayant fait administrer un lavement deux heures avant, on procédera de la

manière suivante : le malade étant couché sur un lit, comme nous l'avons dit plus haut, l'opérateur devra d'abord introduire la sonde cannelée dans le trajet fistuleux et la faire parvenir dans le rectum si la fistule est complète; puis, si l'orifice interne est près de l'anus, saisir avec l'index gauche introduit dans le rectum l'extrémité de la sonde flexible, l'entraîner au-dehors et inciser ensuite, avec le bistouri droit conduit sur elle, toutes les parties situées au-dessous. Mais si la fistule est trop éloignée de l'anus pour que l'opération puisse être pratiquée de cette manière, alors le gorgeret enduit de cérat sera introduit dans le rectum, de manière que la cavité dirigée du côté de la fistule reçoive le bout de la sonde; on confiera le gorgeret à un aide, en lui recommandant de le tenir assez fort pour que le bout de la sonde, que le chirurgien tient de la main gauche, ne fasse pas vaciller cet instrument; puis la pointe du bistouri est conduite dans la cannelure de la sonde jusqu'à ce qu'elle aboutisse au gorgeret, et en suivant la gouttière de ce dernier instrument, on coupe de dedans en dehors toutes les parties molles comprises entre lui et la sonde, que l'opérateur a soin de laisser toujours en contact et de retirer ensemble, pour s'assurer si les parties comprises entre eux et la marge de l'anus sont entièrement divisées.

Si la fistule était borgne externe, ou si, quoique complète, on ne trouvait pas son orifice interne, le procédé devrait être modifié; alors l'opérateur, ayant introduit l'index dans le rectum, s'assurera de l'étendue de l'amincissement et de la dénudation de l'intestin, en parcourant le trajet fistuleux avec un stylet dont il variera les mouvements et les inflexions. La direction et la profondeur de la fistule étant bien connues, il substituera au stylet une sonde cannelée droite et ouverte à son extrémité; il la fera parvenir jusqu'à la partie la plus élevée de la dénudation du rectum, engagera sa pointe dans la gouttière du gorgeret, et se comportera pour tout le reste comme il a été dit précédemment.

L'opération terminée, on portera le doigt dans le fond de la plaie pour s'assurer qu'il n'y ait pas quelques brides à diviser; on parcourra

tous les clapiers, les sinuosités, pour être certain qu'il n'y reste aucun corps étranger, comme cela est arrivé chez un jeune soldat qui, opéré trois fois pour une fistule à l'anus, soit à Strasbourg, soit ailleurs, arriva enfin à l'hôpital militaire de Lyon, et ne fut délivré de son infirmité que par une quatrième opération, et par la découverte que fit le chirurgien en chef de cet établissement, d'une esquille osseuse, première cause du mal.

Le pansement est simple et consiste à introduire une mèche enduite de cérat entre les bords de la plaie; on place ensuite par dessus à plat quelques compresses longuettes, et l'on maintient le tout par un bandage en T.

On tiendra le malade à une diète plus ou moins sévère pendant les premiers jours, et on lèvera l'appareil 72 heures après l'opération, ou plutôt, si le malade l'avait dérangé en allant à la selle. Pour éviter cet inconvénient, on fera précéder les pansements subséquents par un lavement.

Pendant les premiers jours, la grosseur de la mèche devra être un peu diminuée, puis on la réduira à mesure que la guérison fera des progrès.

Si l'hémorrhagie survenait, ce qui est assez rare, on la combattrait par des lotions froides et styptiques, et la compression diversement exercée. Quelquefois cependant une hémorrhagie inquiétante survient à la suite de l'incision: alors le premier soin du praticien est de tamponner, et il est tout surpris de voir que le tamponnement, opéré au moyen de compresses ou de charpie, n'amène aucun résultat avantageux: c'est qu'il n'a pas songé que son appareil compressif n'avait aucun point d'appui, et qu'il aurait dû, comme J.-L. Petit le fit observer à un jeune chirurgien dans un cas semblable, commencer par tamponner le rectum, pour obtenir ainsi un plan solide sur lequel la compression fût possible. D'un autre côté, le praticien ne doit pas perdre de vue que le tamponnement lui-même peut être cause de la continuation de l'hémorrhagie; car, comme l'a ingénieusement fait remarquer M. le professeur Lallemand dans ses leçons cliniques, il arrive quelquefois que les bourdonnets de charpie éloignent l'un de l'autre les

deux orifices d'un vaisseau divisé, et sont ainsi un obstacle à la cessation de l'écoulement du sang.

Je terminerai par dire qu'il est plusieurs fistules, soit symptomatiques, soit critiques, auxquelles on ne doit pas toucher, leur suppression pouvant devenir très-funeste au malade, et par réclamer l'indulgence de mes honorables Juges pour un travail bien incomplet peut-être; mais je répéterai ce que j'ai dit au commencement de cette Dissertation :

Si desint vires tamen est laudanda voluntas.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, *Suppléant.*	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, *Examinateur.*	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR, Prés.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Examinateur.*
KÜNHOHLTZ.
BERTIN, *Examinateur.*
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Suppléant.*
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.